

Gij zult u zélf herstellen

Jaap van der Stel*

Alles heeft ten minste twee kanten. Concrete dingen wel meer, zoals een binnen- en een buitenkant of een onder- en bovenkant. En bij complexe zaken zoals probleemoplossingen is er altijd wel een ene en een andere kant. Er bestaat niets met slechts één kant - alleen fanatici en dogmatici denken daar anders over. Zo is het met verslaving. We waarderen dit negatief zodra het betrekking heeft op afhankelijkheid van middelen als alcohol, drugs of geld (gokken). Maar je kunt ook (zoals ik) verslaafd zijn aan letters of - en gelukkig komt dat meer voor - verslingerd zijn aan de liefde. In zulke gevallen waarderen we die positief. Toch zijn telkens dezelfde hersencircuits actief, zoals de insula en het striatum, en is er sprake van duurzame, moeilijk tegen te houden gewoontevorming.

En zo is het ook met herstel. Herstel is 'in', nu patiëntenorganisaties zich er hard voor maken. Zorginstellingen en zorgverzekeraars maken afspraken over herstelondersteuning (en instellingen riskeren een korting als ze niets aan herstel doen). De opmars van ervaringsdeskundigen die een belangrijke bijdrage aan het herstel geacht worden te geven, is onmiskenbaar. Over wat herstel nou precies is, zijn de meningen verdeeld. Logisch, want het begrip is onbeschermd. Ik pleit ervoor om vóór het woord herstel nog iets toe te voegen. Dat helpt bij het uitpluizen van de verschillen. En wie weet is het ook een stap tot werkelijke vernieuwing en het voorkomen van terugval in oude patronen. Ik maak onderscheid tussen maatschappelijk, functioneel, klinisch en persoonlijk herstel. Dit dekt volgens mij het hele spectrum. Het klinisch herstel betreft de inspanningen van psychiaters, psychologen en alle overige therapeuten die erop gericht zijn symptomen te verlichten of weg te nemen en het liefst mensen van hun kwaal te ge-

* Dr. J.C. van der Stel is lector ggz bij de Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest. E-mail: jaapvanderstel@gmail.com.

nezen. In de ggz lukt dat laatste matig, vooral doordat cliënten in een laat stadium om hulp vragen. De eigenbijdrageregeling maakt het mensen nog moeilijker vroegtijdig geholpen te worden.

Functioneel herstel richt zich op het herstel van door ziekte of andere ongunstige ervaringen beperkte vermogens. Mensen die links in de hersenen een beroerte hebben gehad, kunnen functieverlies ervaren in de spraak of moeite hebben met schrijven (als ze rechtshandig zijn). Met logopedie en ergotherapie worden functies hersteld. In de ggz, inclusief uiteraard de verslavingszorg, gebeurt dit door allerlei manieren van rehabilitatie.

Maatschappelijk herstel heeft betrekking op het verbeteren van de sociale positie van (voorheen) kwetsbare mensen, het verhogen van hun autonomie, werken aan werk, inkomen, opleiding, relaties en huisvesting en burgerschap. Het veronderstelt dat de samenleving actief meewerkt, door plaatsen vrij te maken en stigma's te lijf te gaan. Blijft over persoonlijk herstel. Dit is volgens mij de kern waar actieve patiënten en ervaringsdeskundigen over spreken als ze het, zonder voorvoegsel, over herstel hebben. Persoonlijk herstel is iets dat de betrokkenen vooral zelf doen. Bij persoonlijk herstel gaat het erom dat mensen de aandoening weten te plaatsen (waarmee ze die minder dominant of traumatisch maken), ze actief op zoek gaan naar wat voor hen in het leven belangrijk is (zingeving), welke doelen ze willen nastreven, wie ze zijn of willen zijn (identiteit) en creëren ze voor zichzelf hoop op verandering. Er kunnen jaren verstrijken voordat mensen bij zichzelf het knopje hebben gevonden om deze zelfverandering te activeren. Anderen kunnen daar maar beperkt bij helpen.

Ik denk dat persoonlijk herstel de belangrijkste motor is van klinisch herstel, in ieder geval in de ggz. We kunnen nog zoveel 'intervenieren', maar als de betrokkenen daaraan niet met overtuiging meewerken, wordt het niets. Als we spreken over 'effectieve' interventies, bedoelen we dat er een percentage patiënten is (vaak minder dan de helft) dat positief op de behandeling reageert; bij een nog kleiner deel is het effect duurzaam. Ik vermoed dat degenen bij wie de interventies aanslaan, deze welbewust op zichzelf betrekken. In hersenscans is waarschijnlijk te zien dat specifieke, aan het zelf gerelateerde hersengebieden, gedurende de interventie bij hen meer dan gemiddeld actief zijn.

Ik denk dat er niets nieuws onder de zon is: werken aan persoonlijk herstel gebeurde altijd al, al dan niet met steun van bijvoorbeeld een psychotherapeut. Maar nieuw is wel, dankzij de inbreng van patiënten, dat dit facet weer meer nadruk krijgt, en dat de eigen regievoering

wordt beklemtoond. Het is begonnen in de chronische zorg, als onderdeel van de ‘nazorg’, maar inmiddels krijgt het ook meer aandacht aan het begin van het hulpproces.

Er is helaas altijd een maar, een andere kant. ‘Herstellen doe je zelf’, luidt het motto van de patiëntenorganisaties. Overheid en zorgverzekeraars hebben hun mond vol over zelfmanagement en eigen regie. Het is gebaseerd op het inzicht dat mensen uiteindelijk beter af zijn als ze leren zelf hun boontjes te doppen en de richting en het tempo van verandering bepalen. Helaas komt deze innovatie net op het moment dat eigen regie ook eigen geld betekent. De samenleving vertoont minder compassie, alsof men zegt: ‘Als je jezelf herstelt, moet je het ook maar helemaal zelf doen.’ Het risico bestaat dat zelfherstel door overheid en verzekeraars te letterlijk wordt genomen. Voor velen is dat geenszins een probleem - de zorg maakte hen nodeloos afhankelijk. Zij kunnen leven met de dwang en drang tot zelfherstel. Ik vrees dat een grotere groep het niet alleen redt. Voor hen is het ‘gij zult u zélf herstellen’ een factor die een ernstiger beloop van hun problemen voorspelt.